

Anmeldung für einen Kuraufenthalt

Angaben zur Person

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Adresse	Zusatz	PLZ Ort
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
_____	_____	_____
Land	Geschlecht	Beruf
_____	_____	_____
Telefonnummer	Mobile	E-Mail

Zu benachrichtigende Person im Notfall (Name, Adresse, Telefonnummer)		

Angaben zur Versicherung

_____	807
Grundversicherung (Krankenkasse mit Adresse)	Kartennummer
_____	807
Zusatzversicherung (Krankenkasse mit Adresse)	Kartennummer
756.	
AHV-Nummer	
Welches Versicherungsmodell haben Sie? <input type="checkbox"/> Hausarztmodell <input type="checkbox"/> Freie Arztwahl <input type="checkbox"/> anderes _____	

Angaben zum Kuraufenthalt

Aufenthaltsdauer 1 Woche 2 Wochen 3 Wochen _____

Gewünschter Eintrittstermin am _____

Gewünschte Zimmerkategorie

<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Classic Parksicht	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Parksicht
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Classic Seesicht	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Seesicht
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer Parksicht	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer Seesicht

Angaben zu Ärzten, Homöopathen, sonstigen Therapeuten

Hausarzt (Name, Adresse und Telefonnummer)

Zuletzt behandelnder Arzt, Homöopath oder Therapeut

Kur plus

Sie möchten von unserem medizinisch-/ therapeutischen Angebot profitieren?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Musiktherapie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie |
| <input type="checkbox"/> Kunst- und Gestaltungstherapie | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Osteopathie |

Vollmacht

- Hiermit erteile ich die Erlaubnis, Informationen bei meiner Krankenkasse einzuholen.

Rechnungsstellung

- Hiermit akzeptiere ich die elektronische Rechnungsstellung direkt an die **Grundversicherung** Tiers Payant (Arzt, Medikamente, Physiotherapie) und erhalte die Rechnungskopie auf die von mir angegebene E-Mail-Adresse **über die Firma Medidata (@medidata.ch)**.

Die restlichen Rechnungen (Osteopathie, Homöopathie, Musik-, Kunst- und Ernährungstherapie) erhalte ich ebenfalls elektronisch **über die Firma Medidata (@medidata.ch)**.

Hier kann eine allfällige Rückforderung bei der **Zusatzversicherung** geltend gemacht werden.

Mit meiner Anmeldung akzeptiere ich die Aufnahmebedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis medizinische Betreuung | Pflegedienstleistung

Bitte beachten Sie, dass unsere Gäste mobil sein müssen und wir keine Pflegeunterstützung im Hause anbieten. Das medizinische Personal unseres Gesundheitszentrums (Arzt, Therapeuten, MPA's) ist nicht rund um die Uhr verfügbar. Ein nicht-medizinischer Nachtdienst steht Ihnen für Notfälle zur Verfügung.